

Artigo Original

Percepção dos usuários sobre acesso aos medicamentos na atenção primária

Users insights on about access to medicines in primary care

Ernani Tiaraju de Santa Helena¹, Silvia Escarlata Andersen², Sergio Mauricio Menoncin³

Resumo

Pretende-se avaliar o acesso aos medicamentos na atenção primária a partir da perspectiva do usuário. Trata-se de estudo seccional com 692 usuários, entrevistados na atenção primária em Blumenau, no Estado de Santa Catarina, no ano de 2010. Foram estudadas variáveis que estimam algumas dimensões do acesso em relação a duas modalidades de atenção primária. As associações foram testadas por meio dos testes de qui-quadrado e t de Student. A maioria era do sexo feminino (78,0%), com média de idade de 43,3 anos, e utilizava 2,6 medicamentos em média. O acesso a medicamentos foi de 75,0%. A mediana de tempo de espera foi de 3,0 minutos, e de dispensação, 2,0 minutos. Usuários assistidos por equipes de Estratégias Saúde da Família, quando comparados com aqueles dos Ambulatórios Gerais, eram mais idosos (26,8% vs 18,5%; $p < 0,0001$), de menor escolaridade (74,6% vs 60,9%; $p < 0,01$), tomavam em média mais medicamentos (3,0 vs 2,2; $p < 0,0001$), estocavam menos medicamentos nos domicílios (37,2% vs 63,5%; $p < 0,0001$) e recebiam menos informações sobre como acessar medicamentos não disponíveis (56,9% vs 90,1%; $p < 0,0001$), e mais informações sobre as possíveis interações medicamentosas (13,6% vs 6,6%; $p < 0,005$) e sobre as reações adversas (23,5% vs 11,9%; $p < 0,0001$), respectivamente. A avaliação do acesso aos medicamentos pode fornecer subsídios para melhorar as práticas profissionais nas diversas modalidades de atenção primária.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde; uso de medicamentos; boas práticas de dispensação; assistência farmacêutica.

Abstract

This study aims to evaluate the access to medicines in primary care from the users' insights. This is a cross-sectional study with 692 primary care users interviewed, in Blumenau, Santa Catarina, 2010. We studied variables that represent some dimensions of access regarding the two primary care modes. Associations were tested using Chi-square test and Student t-test. Most were female (78%), with a mean age of 43.3 years and took on average 2.6 drugs. Seventy five percent (75%) had access to medicines. The average waiting time was 3 minutes and dispensing time was 2 minutes. Users assisted by Family Health Strategy were older (26.8% vs. 18.5%, $p < 0.0001$), with lower education (74.6 vs. 60.9, $p < 0.01$), took more drugs on average (3.0 vs. 2.2, $p < 0.0001$), stored less medicines at home (37.2% vs 63.5%, $p < 0.0001$) compared to those in the General Ambulatory. However, they received less information on how to get non-available medicines (56.9% vs 90.1%, $p < 0.0001$), but more information about possible drug interactions (13.6% vs. 6.6%, $p < 0.005$) and adverse drugs reactions (23.5% vs. 11.9%, $p < 0.0001$). The evaluation of medicines access may provide support to improve professional practices in different types of primary care.

Keywords: health services accessibility; drug utilization; good dispensing practices; pharmaceutical services.

¹ Professor Doutor do Departamento de Medicina e PPG em Saúde Coletiva, Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau (SC), Brasil.

² Médica Residente, Hospital Angelina Caron - Campina Grande do Sul (PR), Brasil.

³ Farmacêutico. Mestrando do PPG em Saúde Coletiva, Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau (SC), Brasil.

Trabalho realizado na Universidade Regional de Blumenau (FURB) - Blumenau (SC), Brasil.

Endereço para correspondência: Ernani Tiaraju de Santa Helena – Rua Antônio da Veiga, 140 – Victor Konder – CEP: 89012-900 – Blumenau (SC), Brasil – Email: ernstsh@furb.br

Fonte de financiamento: Este estudo é parte do projeto "Melhoria da qualidade da Assistência Farmacêutica na atenção básica do SUS, Blumenau/SC" e contou com suporte financeiro da Organização Panamericana da Saúde (Carta acordo BR/LOA/0900196.001).

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

Falhas no ciclo da Assistência Farmacêutica (AF), compreendidas entre a seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, podem comprometer o resultado final da cadeia, que é o recebimento do medicamento pelo usuário¹. A falta de acesso aos medicamentos permanece como um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) e pode comprometer o tratamento clínico, assim como aumentar gastos com consultas especializadas e internações²⁻⁴.

O conceito de acesso aos medicamentos pode ser entendido simplesmente como a obtenção do medicamento do qual se necessita. De modo mais detalhado, pode-se afirmar que há garantia de acesso quando os medicamentos essenciais podem ser obtidos dentro de uma distância razoável, estão disponíveis em unidades de saúde e são financeiramente acessíveis⁵. A Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs que o acesso seja estudado em suas diversas dimensões: disponibilidade física, acesso geográfico, capacidade aquisitiva, aceitabilidade e qualidade dos produtos e dos serviços⁶.

A garantia do acesso é particularmente importante no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), pois esta se caracteriza como porta de entrada para todas as necessidades e problemas de saúde mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação (aqui incluso os medicamentos), de modo a possibilitar a ampliação das condições de saúde e bem-estar da população^{7,8}. Estudos nacionais mostram que o acesso a medicamentos na APS variam de 61,0⁹ a 81,2% entre adultos e 87,0% entre idosos assistidos⁴, chegando a 90,0% dos medicamentos prescritos nas Estratégias Saúde da Família (ESF), nas quais são obtidos sem custos diretos pelos usuários¹⁰.

A APS pode variar no modo como está organizada, de acordo com as necessidades de cada região. Em Blumenau, cidade com pouco mais de 300 mil habitantes, localizada em Santa Catarina, a APS é ofertada à população usuária do SUS em duas modalidades de serviço: de um lado, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com uma ou até três equipes de ESF; de outro, unidades de maior porte, chamadas de "Ambulatórios Gerais" (AG). As UBS são compostas por equipes de ESF e contam com um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e até seis agentes comunitários de saúde. Os AG são compostos por vários profissionais, entre eles médicos (clínicos, pediatras, gineco-obstetras), pessoal de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais. Ambos os modelos de serviço possuem equipes de saúde bucal. Tanto as UBS como os AG contam com farmácias (uma por unidade), mas na primeira modalidade não há a presença do profissional farmacêutico.

Avaliar os serviços em geral e a assistência farmacêutica em particular se coloca como uma prática essencial para a melhoria do sistema de saúde. Vários estudos publicados

avaliam a qualidade da assistência farmacêutica no SUS, do ponto de vista do profissional farmacêutico ou do serviço de saúde como um todo^{11,12}. No entanto, a avaliação da qualidade a partir da percepção dos usuários revela peculiaridades que podem passar despercebidas ou ser pouco valorizadas pelos gestores e pela equipe de saúde^{13,14}. Dessa forma, conhecer como os usuários avaliam o acesso aos medicamentos compõe uma base fundamental para que se possa repensar as práticas profissionais e intervir sobre a forma de organização dos serviços, com foco em sua melhoria.

Este estudo tem como objetivo avaliar o acesso aos medicamentos em duas modalidades de serviço de APS a partir da perspectiva dos usuários.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional tipo seccional, cuja população de estudo foi composta por pessoas atendidas nas farmácias das unidades de saúde de atenção primária de Blumenau/SC.

O plano amostral foi realizado em dois estágios. Primeiramente, foi feita uma amostragem aleatória das unidades de saúde, sendo 44 UBS (que alocam 50 ESF) e 7 AG. Dessa amostra foram sorteadas 11 UBS (25%) e 3 AG (cerca de 25%), de modo a permitir uma distribuição amostral nas diversas regiões do município. A seguir, foi calculado o tamanho da amostra de usuários, que deveria ser capaz de estimar uma proporção de 40%, com precisão de 5%, intervalo de confiança de 95% e efeito desenho igual a 2, totalizando 738 pessoas. Esse total foi estratificado proporcionalmente pelo número total de usuários assistidos pelas unidades sorteadas.

A amostra foi obtida por conveniência. Os entrevistadores foram às farmácias das unidades sorteadas em dias úteis e horários variados, no período entre março a junho de 2010, e convidaram, de maneira sequencial, os usuários que compareceram às farmácias a participar do estudo. Aqueles que concordaram foram incluídos na amostra e entrevistados após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os entrevistadores foram previamente treinados, e os dados, registrados em questionários estruturados e predominantemente fechados.

As características sociodemográficas dos usuários foram definidas pelas seguintes variáveis: idade (em anos completos), sexo, cor autorreferida, estado civil, escolaridade (em anos de estudo completos), status ocupacional (definida pela inserção no mercado de trabalho), classe econômica de consumo¹⁵ e tipo de unidade em que buscou medicamento (AG ou UBS).

As variáveis relativas aos medicamentos foram: número de medicamentos em uso e medicamentos de uso contínuo (por 30 dias ou mais).

O acesso aos medicamentos foi avaliado em três dimensões, como proposto por Donabedian¹⁶:

- estrutura: perguntou-se ao usuário o número de medicamentos não obtidos e o motivo da não obtenção;
- processo: foi perguntado ao usuário o tempo de espera e o tempo de duração do atendimento na farmácia (em minutos), se recebeu informação por parte da equipe de saúde sobre como obter seus medicamentos (quando não disponíveis na unidade), como guardá-los, sua finalidade, como utilizá-los, suas possíveis interações medicamentosas e reações adversas. Para estimar a quantidade de informação que o usuário relatou receber, foi constituída uma variável sintética dada pela soma de respostas, em que 0 correspondia a pior situação (nenhuma informação recebida), e 5, a melhor situação (recebeu informação de todos os assuntos).
- resultado: foi perguntado sobre transporte do medicamento até a casa, se ocorreu perda dos medicamentos, cômodo da casa em que guardava o medicamento, se mantinha estoque domiciliar de medicamentos não utilizados, adesão ao tratamento com medicamentos de uso contínuo (estimada por meio de questionário validado¹⁷) e se já teve que interromper o tratamento por falta de medicamento (não adesão involuntária).

Todos os questionários foram revisados por supervisor de campo para verificar inconsistências ou ausência de informação. Os dados foram armazenados em banco de dados do aplicativo Epidata (domínio público), com digitação de dupla entrada e submetidos à validação posterior para controle de qualidade.

Inicialmente, as variáveis foram analisadas de maneira descritiva, por meio de cálculo de frequências, com os respectivos intervalos de confiança de 95%, medidas de tendência central (média e mediana) e variabilidade (desvio-padrão e intervalo interquartilico).

Foi testada a associação entre as características sociodemográficas dos usuários e as variáveis de acesso com o tipo de unidade (AG ou UBS). Para tais procedimentos, foram utilizados os testes de qui-quadrado ou teste exato de Fischer para proporções e t de Student para comparação de médias, com um nível de significância de $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos da Fundação Universidade Regional de Blumenau (Parecer n. 031/2011).

RESULTADOS

Do total previsto, ocorreram 27 recusas (3,7%). Foram entrevistadas 711 pessoas, das quais 19 foram excluídas do estudo por problemas nas respostas (respostas incompletas ou inconsistentes).

O tamanho final da amostra foi de 692 pessoas. Predominaram indivíduos do sexo feminino (78,0%). A média de idade foi de 43,3 anos ($dp=19,2$), com maioria na faixa etária entre 20 e 59 anos (65,8%), seguida por 60 anos ou mais (21,8%). Os casados ou em união estável corresponderam a 56,1% da amostra. Quanto à escolaridade, os indivíduos tinham em média sete anos completos

de estudo ($dp=3,6$). A maioria dos entrevistados se encontrava fora do mercado de trabalho (51,1%), incluindo desempregados, aposentados e os que recebiam auxílio-doença. Segundo critérios da ABEP¹⁵ 56,2% dos entrevistados pertenciam à classe econômica de consumo C. As características sociodemográficas das pessoas, por tipo de unidade de APS, são apresentadas na Tabela 1.

A Tabela 2 apresenta resultados referentes à população estudada de acordo com as características de utilização de medicamentos e da estrutura de acesso e modalidades assistenciais. Os usuários utilizavam em média 2,6 medicamentos ($dp=1,7$), sendo essa média menor entre os usuários dos AG, quando comparada com os das UBS (2,2 e $dp=1,5$ vs 3,0 e $dp=1,9$, respectivamente; $t=6,05$; $p < 0,0001$). Os usuários que faziam uso de medicamentos contínuos corresponderam a 54,9% da amostra, padrão semelhante em ambos os tipos de unidade. Cerca de 25,0% dos indivíduos não obtiveram todos os medicamentos que lhe foram prescritos, dos quais 77,2% não tiveram acesso a pelo menos um medicamento. Os principais motivos da não obtenção foram “o medicamento não é fornecido pelo SUS” (42,5%) e a “ausência do medicamento no estoque da farmácia” (40,7%).

Os dados referentes ao processo são apresentados na Tabela 3. A mediana de tempo de espera para ser atendido nas farmácias das unidades foi de 3 minutos (quartil 1=1 minuto e quartil 3=5 minutos), enquanto a duração do processo de dispensação teve mediana de 2 minutos (quartil 1=1 minuto e quartil 3=3 minutos). Dentre aqueles que não obtiveram seus medicamentos, a maioria obteve informação sobre como consegui-lo (77,1%). A maior parte dos indivíduos foi informada da finalidade dos medicamentos (78,7%) e pouco menos da metade foi informada sobre a melhor maneira de tomá-los (45,9%). No entanto, apenas 9,3% foram informados sobre possíveis interações medicamentosas, 16,5%, sobre reações adversas, e 27,3%, sobre como guardar seus medicamentos. A análise da quantidade total de informação obtida pelo usuário nos diferentes modelos de atenção primária (variável sintética) revelou que, nas unidades de ESF, o somatório foi maior do que o observado nos AG (2,0 e $dp=1,4$ vs 1,6 e $dp=1,1$, respectivamente; $t=4,32$; $p < 0,0001$).

Na Tabela 4, são apresentadas informações sobre o resultado do acesso. A maioria dos usuários relatou transportar seus medicamentos em bolsa ou sacola que trazem de casa (77,0%) e menos de 1% já perdeu seus medicamentos durante o transporte. A maioria informou que guarda seus medicamentos na cozinha (53,6%), 19,2% tiveram que interromper pelo menos uma vez seu tratamento devido à falta de medicamentos e 42,4% não aderiram ao tratamento.

DISCUSSÃO

A ESF foi implantada originariamente como Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 e, desde então, tem sido parte da política de reorientação das redes de atenção à saúde no Brasil como

eixo estruturante da reorganização e qualificação da atenção básica⁷. Em junho de 2010, estavam implantadas 39.283 equipes em 5.272 municípios, atingindo uma cobertura populacional de 51,7%. Entre suas principais características, está a atuação multiprofissional, fundamentada na interdisciplinaridade e na responsabilidade integral sobre a saúde da população que reside nas áreas de abrangência das unidades de saúde⁸. No entanto, ainda persiste a oferta de outras modalidades de serviços de APS, que se colocam como porta de entrada do sistema de saúde e têm sido alvo de avaliações comparadas à ESF¹⁸⁻²⁰.

Nesse contexto, no que tange aos medicamentos, vários estudos avaliaram a qualidade dos serviços, utilizando-se de instrumentos

voltados ao profissional ou de observação direta, e tomam por referência indicadores padronizados internacionalmente^{12,21,22}. Há também instrumentos utilizados para avaliar a qualidade da assistência na atenção primária, nos quais os aspectos relativos aos medicamentos aparecem centrados no acesso e na segurança do armazenamento²³. Mais recentemente, os instrumentos do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade já incluem dimensões da AF no seu processo avaliativo^{24,25}.

Segundo a OMS, os medicamentos ditos essenciais são aqueles que atendem às necessidades de atenção à saúde da maioria da população. O acesso a esses medicamentos é um dos principais propósitos da assistência farmacêutica^{1,2} e representa

Tabela 1. Distribuição de frequência da população estudada de acordo com as características sociodemográficas e modalidades assistenciais, Blumenau, Santa Catarina, 2010

Variáveis	Total N (%)	AG N (%)	ESF N (%)	P
Sexo (n=692)*				
Feminino	152 (22,0)	351 (15,6)	189 (31,5)	
Masculino	540 (78,0)	65 (84,4)	87 (68,5)	<0,0001
Idade em anos (n=692)*				
0 - 12	31 (4,5)	10 (2,4)	21 (7,6)	
12 - 19	55 (7,9)	39 (9,4)	16 (5,8)	
20 - 59	455 (65,8)	290 (69,7)	165 (59,8)	
60 e mais	151 (21,8)	77 (18,5)	74 (26,8)	<0,0001
Estado civil (n=690)				
Casado/união estável	387 (56,1)	230 (55,3)	157 (57,3)	
Solteiro	181 (26,2)	115 (27,6)	66 (24,1)	
Separado	49 (7,1)	30 (7,2)	19 (6,9)	
Viúvo	73 (10,6)	41 (9,9)	32 (11,7)	0,69
Raça/cor autorreferida (n=688)*				
Branca	561 (81,5)	354 (85,7)	207 (75,3)	
Preta/parda	112 (16,3)	52 (12,6)	60 (21,8)	
Outra	15 (2,2)	7 (1,7)	8 (2,9)	<0,01
Escolaridade (n=671)*				
0	27 (4,0)	7 (1,7)	20 (7,6)	
1 a 4	211 (31,5)	100 (24,6)	111 (42,0)	
5 a 8	207 (30,9)	141 (34,6)	66 (25,0)	
9 a 11	185 (27,6)	124 (30,5)	61 (23,1)	
12 ou mais	41 (6,0)	35 (8,6)	6 (2,3)	<0,01
Status ocupacional (n=686)**				
Empregado	269 (39,2)	178 (42,9)	91 (33,6)	
Empregador	9 (1,3)	8 (1,9)	1 (0,4)	
Autônomo	58 (8,4)	40 (9,6)	18 (6,6)	
Auxílio-doença	26 (3,8)	12 (2,9)	14 (5,2)	
Aposentado	161 (23,5)	80 (19,3)	81 (29,8)	
Desempregado	163 (23,8)	97 (23,4)	66 (24,4)	<0,01
Classe econômica de consumo (n=692)				
A	4 (0,6)	1 (0,4)	3 (0,7)	
B	225 (32,5)	81 (29,4)	144 (34,6)	
C	389 (56,2)	162 (58,9)	227 (54,4)	
D/E	74 (10,7)	31 (11,3)	43 (10,3)	0,49

*Teste de qui-quadrado; **Teste exato de Fischer

Tabela 2. Distribuição de frequência da população estudada de acordo com as características de utilização de medicamentos e da estrutura de acesso e modalidades assistenciais, Blumenau, Santa Catarina, 2010

Variável	Total N (%)	AG N (%)	ESF N (%)	P
Número de medicamentos em uso (n=692)**				
1	233 (33,7)	174 (41,8)	59 (21,4)	
2	171 (24,7)	61 (24,3)	70 (25,4)	
3	128 (18,5)	62 (14,9)	66 (23,9)	
4 ou mais	160 (23,1)	79 (19,0)	81 (29,3)	<0,01
Faz uso de medicação de uso contínuo (n=692)*				
Sim	380 (54,9)	226 (54,3)	154 (55,8)	
Não	312 (45,1)	190 (45,7)	122 (44,8)	0,70
Acesso aos medicamentos (n=692)*				
Sim	525 (75,9)	314 (75,5)	211 (76,5)	
Não	167 (24,1)	102 (24,5)	65 (23,5)	0,77
Número de medicamentos não obtidos (n=167)**				
1	129 (77,2)	81 (79,4)	48 (73,8)	
2	28 (16,8)	16 (15,7)	12 (18,5)	
3 ou mais	10 (6,0)	5 (4,9)	5 (7,7)	0,65
Motivo do não acesso aos medicamentos (n=167)**				
Em falta no estoque	68 (40,7)	44 (43,1)	24 (36,9)	
SUS não fornece	71 (42,5)	46 (45,1)	25 (38,5)	
Não sabe/não lembra	14 (8,4)	6 (5,9)	8 (12,3)	
Outro	14 (8,4)	6 (4,9)	8 (12,3)	0,19

*Teste de qui-quadrado; **Teste exato de Fischer

um dos principais desafios do SUS, em especial nos municípios mais carentes²⁶. Estudo nacional com dados de 383.812 UBS constatou que a disponibilidade média de medicamentos foi de 55,8%²⁵. No entanto, estudos realizados em diferentes municípios grandes e médios apresentaram resultados um pouco melhores. Bernardi et al.²⁷ verificaram 78,0% de acesso aos medicamentos em UBS, pouco abaixo do valor descrito por Cunha et al.²⁸, que foi de 80,7%. Em outro estudo, realizado em 15 UBS de Brasília, constatou-se que foram dispensados apenas 61,2% dos medicamentos prescritos em receita de 450 usuários⁹, enquanto em Minas Gerais a disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas foi em média de 81,0%²⁹. O presente estudo apresentou índice de 75,0% de medicamentos dispensados, valor que se mostra consistente com achados em outros municípios de médio e grande porte. Não se observou diferenças quanto ao acesso entre as modalidades estudadas, o que pode ser explicado, ao menos em parte, pelo fato de ambas as modalidades serem atendidas pela mesma coordenação de assistência farmacêutica, responsável pelo processo de seleção, aquisição e distribuição dos medicamentos.

Dentre os motivos para não se obter medicamentos, 42,5% se devem à prescrição de medicamentos que não são fornecidos pelo SUS. A escolha do medicamento é uma prerrogativa do prescritor. Contudo, ações educativas de divulgação/valorização

dos medicamentos essenciais voltadas aos prescritores devem ser estimuladas como parte da estratégia para melhorar o acesso².

O número de medicamentos em uso por usuário foi semelhante ao observado em outros estudos^{4,21,22,27,28}. Os usuários de AG consumiam em média menos medicamentos que usuários das ESF e nesta última modalidade havia maior proporção de usuários que consumiam quatro ou mais medicamentos. O consumo de medicamentos pode ser explicado em parte pela característica da amostra estudada, que foi composta, em sua maioria, por indivíduos do sexo feminino, entre 20 e 59 anos, com primeiro grau incompleto. Essas características assemelham-se às encontradas em outros estudos realizados entre usuários do SUS^{4,9,12,21,22}. Contudo, observa-se que a amostra atendida nas UBS, que tinham equipes de ESF, apresentava maior proporção de pessoas em situação de vulnerabilidade (crianças e idosos, pessoas de cor preta e de baixa escolaridade).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) preconiza que o farmacêutico disponha de pelo menos um auxiliar e atenda 150 prescrições em 8 horas, correspondendo a 3 minutos por paciente destinados à orientação farmacêutica³⁰. O tempo médio de atendimento na farmácia, de 2 minutos, não mostrou uma associação com o tipo de unidade estudada (AG ou ESF). No entanto, mostrou-se superior ao encontrado por outros estudos que abordaram os usuários da atenção primária do SUS. Marcondes³¹ encontrou um tempo médio de 1,46 minuto.

Chaves et al.³² encontraram, em seu estudo, um tempo médio de 1 minuto e 14 segundos, ressaltando a ausência do profissional farmacêutico como uma possível justificativa pelo curto tempo de dispensação³². O presente estudo não foi capaz de confirmar tal hipótese, visto que a presença do profissional farmacêutico nos AG não interferiu no tempo de dispensação. Isso se deve, talvez, pelo fato de o profissional farmacêutico, quando presente, tenha parte do seu tempo ocupado mais com a tecnologia de gestão do que com tecnologia do uso do medicamento. As necessidades colocadas pelo gestor municipal e as possíveis falhas na formação do profissional farmacêutico, que não é voltada para a gestão do cuidado ao paciente, podem estar associadas a essa “preferência” pela gestão. Apesar da tendência dos últimos anos de o ensino farmacêutico ter se voltado para a atenção farmacêutica e suas

variantes, o profissional atuante no mercado pode não se sentir preparado para ações de cuidado à saúde.

O uso de sistemas de gestão informatizados pode auxiliar na automatização das atividades administrativas realizadas pelo farmacêutico e contribuir para um redirecionamento das atividades do farmacêutico voltadas para o cuidado dos pacientes. Nesse sentido, o Ministério da Saúde lançou em 2009 um sistema on-line de gestão de assistência farmacêutica, o Hórus, que permite o controle de estoque, rastreamento e controle farmacoeconômico dos medicamentos dispensados aos usuários nas três esferas do SUS³³. Recentemente, o município de Blumenau/SC desenvolveu, em parceria com a Universidade Regional de Blumenau, um sistema informatizado de gestão, o

Tabela 3. Distribuição de frequência da população estudada de acordo com características do processo do acesso e modalidades assistenciais, Blumenau, Santa Catarina, 2010

Variáveis	Total N (%)	AG N (%)	ESF N (%)	P
Tempo de espera (n=692)*				
0 a 1 min	235 (34,0)	129 (31,0)	106 (38,4)	
2 a 3 min	173 (25,0)	115 (27,6)	58 (21,0)	
4 a 5 min	151 (21,8)	94 (22,6)	57 (20,7)	
6 min ou mais	133 (19,2)	78 (18,8)	55 (19,9)	0,11
Duração do atendimento na farmácia (n=692)*				
0 a 1 min	327 (47,3)	203 (48,8)	124 (44,9)	
2 min	170 (24,5)	92 (22,1)	78 (28,3)	
3 min ou mais	195 (28,2)	121 (29,1)	74 (26,8)	0,18
Obteve informação sobre para que servem os medicamentos (n=691)*				
Sim	544 (78,7)	325 (78,1)	219 (79,5)	
Não	147 (21,3)	90 (21,9)	57 (20,5)	0,70
Obteve informação sobre como guardar os medicamentos (n=690)*				
Sim	188 (27,3)	79 (19,0)	109 (39,9)	
Não	502 (72,7)	337 (81,0)	165 (60,1)	< 0,01
Obteve informação sobre como tomar os medicamentos (n=688)*				
Sim	316 (45,9)	186 (44,7)	130 (47,8)	
Não	372 (54,1)	230 (55,3)	142 (52,2)	0,43
Obteve informações sobre interações medicamentosas (n=665)*				
Sim	62 (9,3)	27 (6,6)	35 (13,6)	
Não	603 (90,7)	381 (93,4)	222 (86,4)	0,01
Obteve informações sobre efeitos adversos (n=677)*				
Sim	112 (16,5)	48 (11,9)	64 (23,5)	
Não	565 (83,5)	357 (88,1)	208 (76,5)	<0,01
Informação sobre como conseguir medicamentos não entregues (n=166)*				
Sim	128 (77,1)	91 (90,1)	37 (56,9)	
Não	38 (22,9)	10 (9,9)	28 (43,1)	<0,0001

*Teste de qui-quadrado

Tabela 4. Distribuição de frequência da população estudada de acordo com características do resultado do acesso e modalidades assistenciais, Blumenau, Santa Catarina, 2010

Variável	Total N (%)	AG N (%)	ESF N (%)	P
Transporte (n=692)*				
Mão	60 (8,7)	26 (6,3)	34 (12,3)	
Bolso	56 (8,1)	30 (7,2)	26 (9,4)	
Sacola/bolsa de casa	533 (77,0)	352 (84,6)	181 (65,6)	
Sacola/bolsa da farmácia	43 (6,2)	8 (1,9)	35 (12,7)	<0,01
Perda (n=691)**				
Sim	6 (0,9)	1 (0,2)	5 (1,8)	
Não	685 (99,1)	415 (99,8)	270 (98,2)	0,04
Cômodo em que guarda (n=692)				
Sala	47 (6,8)	28 (6,7)	19 (6,9)	
Quarto	222 (32,1)	138 (33,2)	84 (30,4)	
Cozinha	371 (53,6)	219 (52,6)	152 (55,1)	
Banheiro	7 (1,0)	5 (1,2)	2 (0,7)	
Outro/mais de um cômodo	45 (6,5)	26 (6,3)	19 (6,9)	0,97
Estoque de medicamentos não utilizados (n=688)*				
Sim	365 (53,1)	263 (63,5)	102 (37,2)	
Não	323 (46,9)	151 (36,5)	172 (62,8)	<0,01
Parou de tomar medicamentos por falta no estoque (n=380)				
Nunca	311 (80,8)	178 (78,8)	130 (84,4)	
Pelo menos 1 vez	74 (19,2)	48 (21,2)	24 (15,6)	0,17
Adesão ao tratamento (n=375)				
Sim	216 (57,6)	133 (59,4)	83 (55,0)	
Não	159 (42,4)	91 (40,6)	68 (45,0)	0,40

*Teste de qui-quadrado; **Teste exato de Fischer

“PRONTO!”, que tem auxiliado no processo de gestão da AF, desde o nível central até as unidades de saúde³⁴.

A dispensação é um processo complexo que envolve não apenas a entrega do medicamento ao usuário por parte do profissional farmacêutico, mas prevê desde seu acolhimento até o fornecimento de informações que possam contribuir para uma melhor utilização dos medicamentos³⁵. Apesar de não contar com profissional farmacêutico, uma maior proporção de usuários das ESF relatou receber informação acerca de como guardar seus medicamentos, sobre possíveis interações e reações adversas, em comparação aos usuários dos AG. Orientar o usuário com o objetivo de produzir conhecimento sobre seu tratamento configura um ato complexo. Por isso se faz necessária uma relação de confiança entre aquele que entrega o medicamento e o usuário, o que facilita o diálogo. Talvez o diferencial nesse aspecto seja o maior vínculo que se estabelece entre os profissionais de saúde com os usuários dentro das ESF, resultante da longitudinalidade do cuidado. Pepe e Castro³⁶ afirmam que promover a compreensão do usuário sobre o medicamento que lhe é prescrito pode influenciar positivamente no valor que este confere ao seu tratamento^{12,36}.

Com relação aos possíveis resultados do processo de acesso, ao se tomar a variável adesão como “proxy” do cuidado,

constatou-se uma não adesão involuntária (interrupção do tratamento pelo menos uma vez por falta de medicamentos no estoque) de 20,0%. Contudo, garantir o acesso por si só não assegura a adesão, posto que o comportamento dos usuários não é determinado somente pelos serviços.

A maioria dos usuários relatou ter em casa medicamentos que não estão em uso. Segundo estudo de Schenkel et al.³⁷, 74,3% dos medicamentos fora de uso e estocados em domicílio estavam fora do prazo de validade. Esses dados sugerem um desconhecimento dos usuários acerca dos riscos inerentes ao uso de medicamentos vencidos e mal estocados³⁷.

Poucos usuários relataram perda do medicamento e muitos referiram transportá-los em sacola ou em bolsa que trazem consigo. Isso denota o cuidado que os usuários têm com os medicamentos que lhe são entregues. Entretanto, o número de usuários que carrega o medicamento na mão ou no bolso corresponde ao triplo daqueles que receberam da farmácia das unidades de saúde um meio para transportá-los (sacola ou bolsa). Se a farmácia promovesse esse tipo de cuidado, possivelmente haveria uma redução ainda maior dessas perdas. Não foram encontrados estudos, até o momento, que forneçam dados semelhantes para uma possível comparação dessas variáveis.

Este estudo apresenta algumas limitações. Trata-se de um estudo transversal, o que não permite estabelecer possíveis associações causais. Outra possível limitação se deve ao fato de se ter uma amostra por conveniência, que pode gerar um viés de seleção. Contudo, o perfil dos usuários se mostrou semelhante ao obtido em outros estudos com usuários da APS que tiveram amostragens aleatórias. Outro problema se refere ao período limitado de coleta de dados de quatro meses, que pode ter ocasionado uma sazonalidade em parte das prescrições. Por se tratar de um inquérito, as variáveis de estudo não foram medidas pelos pesquisadores, mas relatadas com base na percepção dos entrevistados, o que pode gerar um viés de aferição. Por fim, sabe-se que a avaliação de serviços em saúde requer estudos quanti e qualitativos com múltiplas abordagens que envolvam gestores e profissionais de saúde – que não participaram deste estudo. Contudo, ao privilegiar o usuário como participante do processo avaliativo, o estudo traz novas contribuições sobre sua visão.

CONCLUSÕES

O acesso a medicamentos consiste na primeira etapa de uma assistência farmacêutica de qualidade. Apesar de apresentar o acesso a 75,0% dos medicamentos, o processo de acesso aos medicamentos essenciais precisa ser melhorado, em especial no que se refere aos cuidados farmacêuticos, de modo a obter resultados melhores (maior adesão e menor quantidade de estoque domiciliar).

As farmácias dos serviços de atenção primária, independente da modalidade, devem dispor de equipe plenamente capacitada, gerenciada e liderada por profissional farmacêutico, comprometida com o diálogo acerca dos medicamentos, a fim de promover seu uso racional. Destaca-se, portanto, a importância da comunicação entre usuários e a equipe de profissionais de saúde como ferramenta fundamental para melhoria das práticas assistenciais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Diário Oficial da União, Brasília, 10 de novembro de 1998 [citado em 22 Out 2010]. p. 1-16. Disponível em: http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/medicamentos/portaria_federal_3916_GM_98.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos - DAF. Assistência farmacêutica na atenção básica. Brasília; 2006. 100 p.
3. Silva T, Schenkel EP, Mengue SS. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Cad Saude Publica*. 2000;16(2):449-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X200000200015>. PMID:10883043.
4. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):267-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200005>. PMID:18278273.
5. Paniz V, Fassa A, Maia M, Domingues M, Bertoldi A. Measuring access to medicines: a review of quantitative methods used in household surveys. *BMC Health Serv Res*. 2010;10(1):146. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-10-146>. PMID:20509960.
6. Panchansky R, Miralles M, Walkowiak H, Boesen D, Burn R, Chalker J, et al. Defining and measuring access to essential drugs, vaccines, and health commodities. Report of the WHO-MSH Consultative Meeting. *Arington: Management Sciences for Health*; 2000. p. 8-19.
7. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(Supl):s7-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>. PMID:18660915.
8. Hamann EM, Sousa MF. Programa Saúde da Família no Brasil : uma agenda incompleta? *Cien Saude Colet*. 2009;14(Supl 1):1325-35. PMID:19750338.
9. Naves J, Silver L. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2005;39(2):223-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000200013>. PMID:15895142.
10. Bertoldi AD, de Barros AJD, Wagner A, Ross-Degnan D, Hallal PC. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. *Health Policy*. 2009 mar;89(3):295-302. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.07.001>. PMID:18722031.
11. Arrais PSD, Barreto ML, Coelho HLL. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Pública*. 2007;23(4):927-37.
12. Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2008;13(Supl):611-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000700010>. PMID:21936165.
13. Vinholes ER, Alano GM, Galato D. A percepção da comunidade sobre a atuação do serviço de atenção farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos. *Saúde e Soc*. 2009;18(2):293-303.
14. Lima MADDS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):12-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000100003>.
15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Critério padrão de classificação econômica Brasil. São Paulo; 2008 [citado em 15 Nov 2009]. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf
16. Donabedian A. The quality of care. *JAMA J Am Med Assoc*. 1988;260(12):1743-8. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>. PMID:3045356.
17. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74. <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>. PMID:3945130.

18. Tomasi E, Facchini L, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Cien Saude Colet.* 2011;16(11):4395-404. PMID:22124820.
19. Caprio R, Castro L, Knauth DR, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saude Publica.* 2012;28(9):1772-84. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>. PMID:23033191.
20. Castanheira ERL, Dalben I, Almeida MA, Puttini RF, Patricio KG, Machado DF, et al. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. *Saúde e Soc.* 2009;18(Supl 2):84-8.
21. Kauffmann C, Fernandes LC, Deitos A, Laste G, Heberlé G, Castro LC, et al. Analysis of pharmaceutical assistance in the Taquari Valley, Rio Grande do Sul: profile of service users and access to medication. *Braz J Pharm Sci.* 2009 dez;45(4):777-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-82502009000400023>.
22. Colombo D, Santa Helena ET, Agostinho ACMG, Didjurgeit JSMA. Padrão de prescrição de medicamentos nas unidades de programa de saúde da família de Blumenau. *Rev Bras Ciências Farm.* 1998;2004(40):549-58.
23. Hauser L, Castro RCL, Vigo A, Trindade TG, Gonçalves MR, Stein AT, et al. Tradução, adaptação, validade e medidas de fidedignidade do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool) no Brasil: versão profissionais de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013;8(29):244-55. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)821](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf8(29)821).
24. Brasil. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade. Material de apoio para as equipes da atenção básica [Internet]. Brasília; 2013 [citado em 20 Fev 2015]. 167 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq2013.pdf>
25. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, Silva RM, Freitas PS, Costa KS, et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. *Saúde em Debate.* 2014;38:109-23.
26. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência farmacêutica no sistema único de saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. *Cien Saude Colet.* 2010;15(Supl 3):3561-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900031>. PMID:21120344.
27. Bernardi CLB, Bieberbach EV, Thomé HI. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde e Soc.* 2006;15(1):73-83.
28. Cunha MCN, Zorzatto JR, Castro LLC. Avaliação do uso de medicamentos na rede pública municipal de saúde de Campo Grande/MS. *Rev Bras Ciências Farm.* 2002;38(2):215-27. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322002000200011>.
29. Moura CS, Perini E. Evaluation of pharmaceutical assistance in municipalities in the state of Minas Gerais. *Braz J Pharm Sci.* 2009 jun;45(2):279-86. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-82502009000200013>.
30. Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS. Organização Mundial da Saúde - OMS. Guia para el desarrollo de servicios farmacéuticos hospitalarios: atención farmacéutica al paciente ambulatorio. Washington; 1997. 19 p.
31. Marcondes NSP. A assistência farmacêutica básica e o uso de medicamentos na zona urbana do município de Ponta Grossa, Paraná: estudo de caso [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
32. Chaves CG, Emmerick I, Pouvourville N, Saint-Denis T, Fonseca ASA, Luiza VL. Indicadores de uso racional de medicamentos e acesso a medicamentos: um estudo de caso. *Rev Bras Farm.* 2005;86(3):97-103.
33. Costa KS, Nascimento Jr JM. Hórus: inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica.* 2012;46(Supl 1):91-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000063>. PMID:23250393.
34. Fundação Universidade Regional de Blumenau - FURB. Laboratório de Desenvolvimento e Transferência de Tecnologia. PRONTO! [Internet]. Blumenau [citado em 2013 nov 22]. Disponível em: <http://www.furb.br/ldtt/projetos/pronto-gestao-de-saude-publica/>
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2009. 43 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
36. Pepe VLE, Castro CGSO. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad Saude Publica.* 2000;16(3):815-22. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000003000029>. PMID:11035520.
37. Schenkel EP, Fernandes LC, Mengue SS. Como são armazenados os medicamentos nos domicílios? *Acta Farm Bonaer.* 2005;24(2):266-70.

Recebido em: Mar. 28, 2015
Aprovado em: Jul. 01, 2015